Lane Medical Library

Ueber progressive Paralyse der Irren im Anschluss an Kopfverletzungen.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE ZUR

ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG DER

MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITAT ZU BERLIN

AM 16. MÄRZ 1897

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Erich Thiele

aus Sorau N/L.

OPPONENTEN:

Hr. cand. med. Kalähne.
- Dd. med. Neumann.
- Dr. med. Kemp.

Berlin.

Druck von E. Ebering.

Linkstrasse 16.

Meinen Eltern.

Obwohl in den letzten 15 bis 20 Jahren eine sehr grosse Litteratur bezüglich der Aetiologie der progressiven Paralyse der Irren entstanden ist, so finden sich doch nur sehr wenig Autoren, die ihre Beobachtungen über das Trauma als ätiologisches Moment derselben in einer zusammenfassenden Arbeit niedergelegt haben.

Der Grund hierfür ist vielleicht darin zu suchen, dass die Anamnese meistenteils eine recht schwierige ist; denn in der Mehrzahl der Fälle bricht die Paralyse erst eine Reihe von Jahren nach der erhaltenen Kopfverletzung aus, und Verwandte und Bekannte wissen wenig oder nichts über das Verhalten und die Lebensweise des Kranken in den Zwischenjahren zu sagen; andererseits wieder wird auf jede Weise versucht, die entstandene Paralyse auf ein früheres Trauma zurückzuführen, um eine Unterstützung durch die Invaliditätsversicherung zu erzielen, sodass der Arzt derartigen Angaben mit berechtigtem Misstrauen entgegentreten muss.

Nichtsdestoweniger darf man aber die Schädelverletzungen als ätiologisches Moment nicht unterschätzen; denn oft werden bei Seelenstörungen nach Trauma, die zunächst das Bild der Paranoia zeigen, oder im Sinne einer fortschreitenden Demenz verlaufen, bei der Sektion die Degenerationserscheinungen der Paralyse gefunden.

Wie allgemein Schädelverletzungen überhaupt zu den wichtigsten Ursachen der Geistesstörungen gezählt werden, sagt schon die volkstümliche Redensart: „er ist auf den Kopf gefallen“ und „er hat einen Klaps“.

In den vielen Berichten, die sich über das Trauma als ätiologisches Moment der Paralyse verstreut in der

Litteratur finden, machen sich vor allem 2 Richtungen geltend; während Vallon und Simon glauben, dass das Schädeltrauma allein für sich ohne andere prädisponierende Momente die Paralyse hervorrufen könne, räumen ihm andere, wie Gudden, Kundt, Kräpulin nur den Platz eines auslösenden Momentes ein; dazwischen stehen in verschiedenen Abstufungen Ansichten, die wie die von Mendel und Obersteiner auf die hervorragende ätiologische Bedeutung desselben neben anderen Momenten hinweisen.

Unter den Geisteskrankheiten, deren Entstehung auf ein Trauma zurückgeführt wird, findet Käs in 3,05% Paralyse. Reinhard berechnet 5,2%, Ascher 9,02%, Bürnam 11,6%, Schlager 14,3% und Meier in Hamburg 18,3%.

In Göttingen beobachtete letzterer 4 Paralysen unter 16 Irreseinsfällen nach Trauma, also 25%, und nach Christian entwickelte sich in 100 Fällen derselben sogar 43 mal progressive Paralyse.

Von besonderem Interesse sind wohl Beobachtungen, bei denen sich paralytische Erscheinungen oder das Prodromalstadium unmittelbar an das Trauma anschliessen und den kausalen Zusammenhang hierdurch in ein helleres Licht setzen.

Auf die Kopfverletzung folgt Bewusstlosigkeit, Sopor, Koma von mehr oder minder langer Dauer. Aus diesem erwacht der Kranke allmählich, er ist aber nicht mehr der frühere Mensch. Bewusstseinstrübung, Gedächtnisschwäche, geänderte Gemütsbewegung, Schlaflosigkeit oder Schlafsucht, reizbare, zornige Stimmung, Intoleranz gegen Alkohol treten auf und nehmen zu; hinzu gesellt sich ein dumpfes Druckgefühl im ganzen Kopf oder cirkumskript an der verletzten Stelle, und Schwindel; bisweilen treten auch Gehörs- und Gesichtshalluzinationen auf; der Kranke wird verschwenderisch, treibt sich planlos umher, sein Charakter ändert sich zusehends; so entwickelt sich schliesslich unter lebhafter werdenden Grössenideen, Sprachstörung u. s. w. das charakteristische Bild der Dementia paralytica.

Hierbei darf man aber nicht vergessen, dass andererseits das Trauma auch auf Grund der Erkrankung ent-

standen sein kann, indem eine Anzahl der Paralytiker in der Erregung in den ersten Stadien der Krankheit leicht in Streitigkeiten und Schlägereien verwickelt werden, infolge deren sie Kopfverletzungen erhalten.

Käs spricht seine grosse Verwunderung darüber aus, in welch vorgeschrittenem Zustande von Unsicherheit und Unbeholfenheit, namentlich auf den Beinen, die Kranken mitunter direkt von der Arbeit weg zur Aufnahme in die Anstalt Friedrichsberg gelangten; besonders betont er dies bei den paralytischen Hamburger Hafen- und Bauarbeitern und findet unter den Anamnesen Sturz von den Gerüsten, Sturz von den Masten, Sturz beim Laden in den Schiffsraum oder vom Schiffe in beigelegte Schuten, Zusammenstösse auf offenem Wasser in grosser Anzahl.

Recht bemerkenswert erscheinen mir die von v. Krafft-Ebing in seiner klinisch-forensischen Studie „Über die durch Gehirnerschütterung und Kopfverletzung hervorgerufenen psychischen Krankheiten“ angeführten Fälle. In den unter Kategorie 1 angeführten 5 Fällen, in denen Seelenstörung die alleinige direkte, meist unmittelbare Folge der Kopfverletzung ist, findet sich einer mit ausgesprochener Paralyse, bei dem, wie Krafft-Ebing angiebt, früher ein völlig gesunder geistiger und körperlicher Zustand vorhanden war und keine Prädisposition nachgewiesen werden konnte

Unter Kategorie 2, 9 Fälle, bei denen auf eine Kopfverletzung nicht sofort die Seelenstörung, sondern ein Stadium prodromorum folgt, finden sich sogar 4 von Paralyse, von denen nur einer, Fall 6, hereditär belastet war, da er einen blödsinnigen Bruder hatte, und ein Grossonkel väterlicherseits geistesgestört gestorben war, während bei Fall 7, 8 und 11 keine sonstigen ätiologischen Momente angegeben sind.

Fall 7 : 52jähriger Stallbedienter, zu Psychosen hereditär nicht disponiert, früher als Soldat und später ein eingezogenes, mässiges Leben führend und immer gesund gewesen, schlägt beim Herabspringen von einem Wagen mit

dem Kopfe an ein Rad; es folgt sofortiges Einsetzen des Prodromalstadiums mit Ausgang in Paralyse.

Fall 8: 43 Jahre alter Mann, ohne erbliche Anlage, früher gesund, erhält einen Schrotschuss an die linke Kopfhälfte; Erbrechen, Schwindel, Kopfweh. Nach 4 Jahren Vergeudung von viel Geld und Zeit mit Anfertigung von Prozessschriften, schliesslich Ausgang in Paralyse.

Fall 11: 43 Jahre alter Maurer, früher gesund, solide und ohne Anlage, stürzt vom Gerüst auf den Kopf; heftiger Schwindel, Abnahme des Gedächtnisses; allmähliche Charakterveränderung. Nach 2 Jahren Aufnahme wegen Paralyse.

Das Résumé dieser Fälle wäre darnach, dass das Trauma allein die Entwickelung der Paralyse herbeiführte. Freilich ist es auffallend, dass Verfasser nicht mit einem Worte erwähnt, ob Syphilis vorhanden war, sodass es den Anschein hat, als ob darauf wenig Wert gelegt worden sei.

In der neueren Litteratur veröffentlicht Rigal einen bemerkenswerten Fall:

Ein Unteroffizier stürzt mit dem Pferd und klagt von dem Tage an über Schmerzen im Halse und im Nacken; rheumatoide Schmerzen treten in den Gliedmassen auf. Nach (20 Jahren) Jahresfrist bemerkt man bei dem 20 Jahre lang dienenden Mann Vernachlässigung im Dienst und ein erregbares Wesen. Schliesslich entwickelt sich ausgeprägte Paralyse, welcher der Mann alsbald erliegt. Syphilis war, wie jede hereditäre Belastung auszuschliessen; auch war der Kranke nicht Potator, sodass als Ursache der Paralyse nur die Gehirnerschütterung bleibt. Ebenso interessant sind die beiden Fälle, welche A. Westphal 1893 veröffentlichte.

Ein 42jähriges, früher stets gesundes Dienstmädchen fällt am 19. XI. 91 die Treppe herunter auf den Hinterkopf. Sie verliert die Besinnung und erbricht. Von dieser Zeit an wird von der Dienstherrschaft bei dem Mädchen eine allmählich zunehmende Gedächtnisschwäche bemerkt, ferner Schwindel, Klagen über Eingenommensein des

Kopfes; die Sprache wird undeutlich, die Schrift zitterig; bei der Aufnahme zeigt sich hochgradige Demenz, Euphorie, Silbenstolpern, taumelnder Gang, Zittern der Gesichtsmuskulatur und der Hände; die Kniephänomene fehlen.

In dem zweiten Falle wird eine bis dahin gesunde 39jährige Wirtschafterin im Jahre 1889 mit dem Bügeleisen auf den Kopf geschlagen; seit dieser Zeit Gedankenschwäche, Stiche in den Beinen; bei der Aufnahme wird Sprachstörung, Demenz, Fehlen der Kniephänomene und reflektorische Pupillenstarre konstatiert und eine vorgeschrittene Tabes-Paralyse diagnostiziert.

Auch andere Autoren geben noch vereinzelt ähnliche Fälle an; dieselben anzuführen, würde aber nicht in den Rahmen, in dem die Arbeit gehalten sein soll, hineinpassen. Den vorhandenen will ich zunächst 8 weitere Fälle von Paralyse im Anschluss an Kopfverletzungen hinzufügen, welche mir der Direktor der Provinzial-Landirrenanstalt zu Sorau N|L. Herr Dr. Schmidt in freundlichster Weise zur Publikation zur Verfügung gestellt hat.

Fall I., Tagearbeiter L. L., geboren den 11. Juni 1854, aufgenommen den 20. Dezember 1886.

Vater, Mutter und die 4 erwachsenen Geschwister, 2 Brüder und 2 Schwestern, leben gesund. Er ist verheiratet, Vater von 3 Mädchen im Alter von 9, 3 und 2 Jahren, welche körperlich und geistig gesund sind; er hatte von Jugend auf eine gute Gemütsart gezeigt; seine körperliche und geistige Entwickelung war normal; nach dem Zeugnis seiner städtischen Behörde war er ein ruhiger, nüchterner und arbeitsamer Mann; nach dem Ueberweisungsnationale beim Militär während seiner Dienstzeit in Berlin jedoch 6 mal, zuletzt mit 4 Wochen strengen Arrests wegen unerlaubten Ausbleibens die ganze Nacht hindurch, davon einmal wegen Trunkenheit im Dienst bestraft; er ist stets gesund gewesen bis auf einen mehrwöchentlichen Typhus, den er früher überstanden hat.

Patient wurde am 13. Dezember 1885 von einem Treibriemen in einer Briquettefabrik erfasst und rückwärts mit

dem Kopfe auf eine aus Eisenstäben bestehende eiserne Brücke geschleudert. Bewusstlosigkeit und Erbrechen traten nicht ein. Die stark blutende Wunde heilte in einer Woche.

Von dieser Zeit an änderte sich der Charakter des L. wesentlich; der früher ruhige Arbeiter wurde frech und gemein, und that die ihm aufgetragene Arbeit nur widerwillig, sodass er von verschiedenen Dienstherren entlassen wurde. Schliesslich vagabondierte er und wurde verhaftet, wobei es sich herausstellte, dass er geisteskrank war.

Schon damals war er unrein. In der Zwischenzeit hatte ihn seine Frau, die ihm ein uneheliches Kind mit in die Ehe gebracht hatte, wegen fortwährender ehelicher Zwistigkeiten verlassen. Noch anzugeben ist, dass einer der wegen Unfallsversicherung vor Gericht geladenen Zeugen behauptete, S. wäre schon vor dem Fall streitsüchtig und bummlig gewesen.

Bei der Aufnahme ist ihm die Zeit nach der Kopfverletzung nicht mehr recht klar; er klagt über Ohrensausen und vorübergehende Schmerzen auf dem Mittelkopf. Der Schädel ist regelmässig konfiguriert; auf dem Vorderkopf 1 cm rechts von der Sagittalnaht eine haselnussgrosse Impression, welche auf Druck schmerzhaft ist; über derselben eine winklige 6 cm lange Narbe; die Pupillen sind gleich gross, von normaler Reaktion; die Zunge zeigt fibrilläre Zuckungen, an der Seite Bissnarben und weicht nach links ab. An den Genitalien keinerlei Narben; es besteht leichter Tremor der Hände.

In der ersten Zeit ist der Kranke zufriedener Stimmung, denkt viel an seine Frau, bald auf sie scheltend, bald ihre Sparsamkeit rühmend, und beschäftigt sich mit Gartenarbeiten.

Von Mitte September an treten Grössenideen auf; er ist Besitzer zweier Fabriken, Anstaltsdirektor, Kaiser, besitzt ein grosses Vermögen, Pferde, versteht alle Professionen, ist Millionär von L.; dabei will er fortwährend die Anstalt verlassen. Im Dezember tritt ein melancholisches Stadium

mit Gesichtshalluzinationen auf; die Pupillen sind mittelweit, Puls beträgt 48.

Im März folgt eine Remission; es besteht Krankheitseinsicht.

Bald jedoch treten wieder Verwirrtheitszustände ein; er wird dauernd unrein, glaubt seine Frau, respektive sein Bruder sässe in seinem Kopf; das Gedächtnis lässt erheblich nach, er verblödet zusehends, schlägt sich häufig auf den Hinterkopf.

Am 9. III. 88 rechts vollkommen scharf abgesetzt zackige Pupille. Es treten leichte Lähmungserscheinungen auf. Vom 4. I. 90 Fieber. Exitus letalis am 12. II. 90.

Bei der Sektion lässt sich an dem Schädel keine Knochennarbe nachweisen. Die Pia erscheint verdickt, milchig getrübt, ödematös. Auf der vorderen Spitze des linken Schläfenlappens findet sich eine bohnengrosse, schwielige Platte in dieselbe eingelagert. Balken atrophisch, Ependym der Ventrikel verdickt und granuliert. Hirnrinde in den vorderen Partieen verschmälert, ebenfalls in den Centralwindungen; sieht glasig und rötlich aus.

Fall II. Fuhrmann N., geboren den 11. November 1846, aufgenommen den 24. Dezember 86.

Der Vater starb an einem Schlaganfall, die Mutter lebt als Besitzerin einer Ackerwirtschaft und eines Fuhrgeschäfts; der Bruder ist gesund. Geisteskrankheiten sind in der Familie nicht vorgekommen. Bei den Patienten selbst muss mässiger Alkoholismus angenommen werden.

N. war ein gutmütiger, etwas aufbrausender Mensch; ist stets gesund gewesen, ausser im Jahre 1870, in dem er 6 Wochen an Typhus krank lag. Nach Angaben seiner Verwandten soll er von dieser Zeit an nicht mehr derselbe Mensch gewesen sein.

Er wurde Anfang November 86 von einem schweren Ackerwagen überfahren, dessen Hinterrad ihm über die rechte Seite des Kopfes ging.

Vier Wochen später traten Ohnmachtsanfälle ein, die eine Lähmung der Zunge zurückliessen. In der folgenden Zeit fing der Patient nach Angaben seines Bruders an, fortzulaufen,

Mädchen Anträgen zu machen, konnte beim Ackern keine Furche mehr ziehen und war bis zur Tobsucht erregt. Schliesslich wollte er sich erhängen.

Bei der Aufnahme ist sein Gesicht blaurot gedunsen.

Über dem rechten oberen Orbitalrand eine Knochenauftreibung; auf der rechten Backe mehrere Narben; er zuckt fortwährend mit der linken Gesichtshälfte und kaut beständig auf beiden Backen.

Er giebt an, seitdem er überfahren sei, stottere er, könne er die Worte nicht finden; man solle ihm in den Kopf sehen, es müsse etwas darin entzwei sein.

Er glaubt in einer Wirtschaft zu sein und will Grogk trinken.

Nachdem dem Kranken eine etwa 5-Markstück-grosse Stelle auf dem Scheitel glatt rasiert und dieselbe mit Unguentum tart. stib. eingerieben worden ist, entstehen nach acht Tagen starke Pusteln, die durch Kataplasmen zu tiefgehender Eiterung gebracht werden.

Der Kranke wird allmählich ruhiger, bleibt aber unthätig.

Ende Mai wird er versuchsweise entlassen.

In den ersten Tagen verhält er sich zuhause ruhig, bald aber, nachdem er sich einmal betrunken hat, wird er wieder erregt, will die Eltern vergiften, wirft nach seinem Bruder mit Dachziegeln, stört in der Kirche. In den nächsten Tagen trinkt er viel und verschwendet in unsinniger Weise Geld, sodass er am 7. Juni wieder in die Anstalt aufgenommen werden muss.

Er liegt seitdem viel umher, ist schwer besinnlich und öfters unrein.

Am 8. Oktober stellt sich ein paralytischer Anfall mit Zuckungen und Bewusstseinstrübung ein. Die Pupillen bleiben reflektorisch fast unbeweglich, besonders die rechte; die Zunge wird nicht hervorgestreckt, Kiefer fest zusammengepresst, er verblödet unter selten auftretenden Erregungszuständen.

Am 4. November tritt wieder ein paralytischer Anfall mit Zuckungen und Bewusstseinstrübung auf; am nächsten

Tag sieht Patient sehr verfallen aus. Exitus letalis den 5. XI. 88.

Die Sektion ergiebt, dass die Dura auf der rechten Seite mit dem Schädeldach verwachsen, aber nicht auffallend verdickt ist. Die Gefässe der Basis sind leicht atheromatös, die Pia ist überall leicht verdickt; die Konvexität derselben ausserdem milchig getrübt, ödematös.

An der Grenze zwischen dem vorderen und mittleren Drittel der linken ersten Stirnwindung findet sich ein Stecknadelknopf-grosses, gelbes Knötchen der Windung eingelagert. Die Seitenventrikel sind erweitert, namentlich in den Hinterhörnern.

Das Ependym ist verdickt.

Rinde ist etwas verschmälert, hyperämisch.

Fall III. Premierlieutenant H., geboren den 13. Januar 1854, aufgenommen den 23. Juli 1889.

Der Vater ist tot, die Mutter lebt, ist Pfarrerswitwe. Ueber hereditäre Belastung ist nichts bekannt; Syphilis wird geleugnet.

Patient war in der Jugend stets gesund, litt später einmal an Gelenkrheumatismus; seiner Ehe, die glücklich war, entsprossen zwei Kinder, im Alter von zwei und einem Jahre stehend, anscheinend gesund.

H., der ein leidenschaftsloser und ruhiger Mensch gewesen sein soll, stürzte im Jahre 1887 vom Pferde: er war nicht bewusstlos, klagte aber darnach viel über Kopfschmerzen.

Anfang 1888 trat grosse Reizbarkeit und Heftigkeit ein. Nach einiger Zeit gesellten sich hypochondrische Ideen dazu; er glaubte geteilt zu sein, wollte nichts essen, da er keinen Magen hätte, u. s. w.

Er kam deshalb vom April bis September in eine Anstalt nach Blankenburg.

Nach einer Remission von circa einem Jahr traten im Juni 1889 Grössenideen auf; er glaubte eine sehr schöne Stimme zu haben, Gottes Sohn zu sein; seine Sprache wurde stotternd und unverständlich.

In der Maison de santé in Schöneberg, in der er sich darauf kurze Zeit befand, soll er unreinlich und zerstörungslustig gewesen sein.

Bei seiner Aufnahme zeigt er ein gehobenes Selbstbewusstsein, giebt an, Generalarzt, Assessor zu sein.

Der Schädel zeigte keine Besonderheiten, die Pupillen sind glsichgross, reagieren träge.

Er produziert die ganze Zeit hindurch lebhafte Grössenideen; er will alle gesund machen, kann alles, spricht sämtliche Sprachen, ist Herrscher aller Herrscher, Ingo der jüngste Sohn Gottes, ist Christus, ist schon vor der siebenten Sintflut gewesen, kann fliegen, ist Sultan, hat aber nur eine Frau, lässt die Sonne scheinen u. s. w.

Dabei ist er stets heftig, schlägt oft nach den Wärtern, zerreisst die Wäsche, wirft die Speisen in dem Zimmer umher und will allen befehlen. Er ist so lärmend, dass er oft isoliert werden muss. Nur selten tritt auf ein paar Tage ein ruhigeres Stadium ein.

Im September bekommt er Oedeme an den unteren Extremitäten; auch einige Abscesse bilden sich, die jedoch ausheilen.

Er stirbt am 1. November 1889 an übergrosser Schwäche.

Bei der Sektion findet sich Pachymeningitis haemorrhagica, Leptomeningitis, Periencephalitis, Hydrops ventriculorum.

Fall IV. Bahnarbeiter R., geboren 1845, aufgenommen 2. Dezember 1891.

Ueber hereditäre Belastung des Kranken ist nichts Positives bekannt, da die Eltern desselben nicht ermittelt werden konnten; er ist verheiratet und erzeugte fünf Kinder, von denen vier leben.

Patient hat den Feldzug 1871 mitgemacht, er will sich nie syphilitisch inficiert haben, ist einmal in Bethanien in Berlin gewesen, giebt aber nicht an, warum er dahin gekommen ist. Nach seiner und der Frau Angaben ist er vor ungefär $2^1/_2$ Jahren von einer Lokomobile herabgestürzt; es stellten sich Kopfschmerzen und Schwindel ein. Später-

hin machte sich eine grosse Reizbarkeit und Schwäche geltend.

Er drohte, seine Frau zu misshandeln, und zerschlug die Küchengegenstände mit einem Beil; dabei sehr euphorisch.

Bei seiner Aufnahme ist die linke Pupille kleiner als die rechte; die Reaktion auf Licht ist nur träge. Die Zunge weicht nach rechts ab; er hat ein leicht erregbares Gefässsystem. Patelar- und Kremasterreflex fehlen. Die Sensibilität ist hochgradig herabgesetzt; die Sprache stark häsitierend, etwas unsicher. Bei geschlossenen Augen tritt Schwanken ein. Nach mehreren Wochen wird der Kranke ruhiger und arbeitet fleissig und sorgsam im Garten und Hofe.

In seinen Briefen nimmt die Zitterschrift und Auslassung der Buchstaben und Worte allmählich zu.

Erst im Mai 1895 wird er unreinlich, kleidet sich fortwährend aus, auch im Hofe, wird erregt und lärmend, sodass er bisweilen isoliert werden muss. Im Oktober stellt sich ein leichter Krampfanfall ein.

Das Erregungsstadium bleibt bestehen, er zerreisst Kleider und Bettzeug. Am 6. Oktober stirbt er infolge eines Schlaganfalles.

Bei der Sektion finden sich keine Knochenarben; die Dura ist glatt und glänzend; in dem Sinus der Basis reichliches, geronnenes Blut; rechte Arteria ophtalmica stark atheromatös. Hirngewicht 1250. Pia der Basis nur über der Fossa Sylvii leicht milchig getrübt, Pia der Konvexität in ihrer ganzen Ausdehnung, besonders aber in den vorderen Abschnitten milchig getrübt, ödematös, lässt sich nur fetzenweise abziehen; besonders fest haftet die Pia am linken Stirnhirn. Die Seitenventrikel sind in allen Ausdehnungen erweitert, Ependyn feinkörnig.

Fall V. Restaurateur Pf., geboren den 13. April 1859, aufgenommen den 16. Oktober 1892.

Der Vater starb im Alter von 54 Jahren an einem Brustleiden; die Mutter lebt im Alter von 60 Jahren und ist gesund; 4 Brüder, im Alter von 29 bis 18 Jahren,

sind ebenfalls gesund. Hereditäre Belastung ist nicht vorhanden.

Patient wurde mit 14 Jahren Kellnerlehrling in Berlin, kam in den folgenden Jahren als Kellner viel herum und kaufte schliesslich 1890 eine Bahnhofsrestauration.

Er ist seit dieser Zeit verheiratet und ist nach Angabe der Frau stets mässig und häuslich gewesen; jedoch habe er die Eigentümlichkeit gehabt, wegen eingebildeter Leiden fortwährend mit auswärtigen Aerzten in Verbindung zu stehen und viel zu medizinieren; so habe er einmal wegen Schärfe auf der Haut 41 Flaschen Sassaparillen-Dekokt getrunken. Ihres Wissens nach ist ihr Mann nie krank gewesen; er selbst leugnet jede syphilitische Infektion und behauptet, nur der vielen Pickel auf der Haut wegen, deren auch bei der Aufnahme noch welche vorhanden sind, sich an verschiedene Aerzte gewandt zu haben.

Pf. schlug sich am 4. XI. 91 beim Durchschreiten einer niederen Thür sehr heftig gegen den Kopf; einige Tage darauf bekam er einen Ohnmachtsanfall: er fiel im Buffet um, verlor das Bewusstsein und bekam Zuckungen in allen Gliedern. Mitte Dezember wiederholte sich dieser Anfall. Einen dritten Anfall erlitt er im Januar 92, als er sich auf dem Bahnhof Friedrichstrasse in Berlin befand.

Im Mai ist er, von Dresden kommend, in Jüterbog ausgestiegen und hat von da zu Fuss nach Zahna gehen wollen, hat sich aber nicht hingefunden und ist, umherirrend, festgehalten worden. Nachdem man ihn rekognosziert und wieder freigelassen hatte, traf er ganz zerlumpt bei seiner Mutter in Zahna ein.

Im August, September und Oktober hatte er wieder sehr heftige epileptische Anfälle; in der Folge vagabondierte er umher, beschädigte Bäume, schlug Geflügel tot u. s. w., dabei war er benommen, verzweifelt, glaubte bestohlen zu werden. Seine Sprache wurde unsicher, die Schrift zittrig; er ass bisweilen nicht, dann wieder sehr viel.

Bei der Aufnahme ist er hochgradig anämisch, und sind bereits deutliche Lähmungserscheinungen vorhanden. Die linke Pupille ist grösser als die rechte; die Zunge weicht nach rechts ab; die rechte Gesichtshälfte ist schlaffer als die linke. Er ist erregt, schwatzt viel, ist unreinlich, schwer besinnlich, schläft wenig. Bei Jodkaliumbehandlung bessert sich sein Zustand. Er wird ruhiger. Im November jedoch bekommt er Angstzustände, schläft fast garnicht mehr und isst sehr wenig. Ende 93 wird er wieder ruhiger, zeigt Interesse für seine Familie und sein Geschäft und will fort.

Auf Wunsch der Ehefrau wird er im Juli entlassen.

Aber schon im Oktober muss er wieder aufgenommen werden, da er viel Geld verschwendete, sich betrank und seine Frau mit Erschiessen bedrohte.

Reaktion der rechten Pupille auf Lichteinfall sehr träge.

Er hat keine Krankheitseinsicht und will sich von seiner Frau scheiden lassen. Entläuft im November, wird wieder ergriffen.

Von nun an stellen sich in kleineren nnd grösseren Zwischenräumen Krampf- und Schwindelanfälle ein mit deutlicher Zunahme der Lähmungserscheinungen und Gedächtnis- wie Verstandesabnahme. So stammelte er Anfang April 94, beim Versuche zu sprechen, nur die Silben i, i, i, bi, bi, nu, nu, nur und wiederholt dieselben fortwährend. Bei völlig ausgeprägter Demenz und grosser Unreinlichkeit stirbt er schliesslich nach einem Anfall am 31. III. 96.

Bei der Sektion findet sich auf der Innenfläche des Schädeldaches, entsprechend dem linken Stirnhöcker eine Knochennarbe, welche mit einer äusseren Hautnarbe korrespondiert. In der darunter liegenden Partie der Dura findet sich ein spitzer Knochensplitter eingebettet, welcher auch in die entsprechende Partie der Pia eindringt und der unteren Stirnwindung fest aufgelagert ist. Oberhalb dieser verletzten Partie ein kirschkerngrosser Substanzverlust der Rinde, in dessen weiterer Umgebung die Rinde vollständig atrophiert erscheint. Die darüber

liegende Pia ist an dieser Stelle stark injiziert. Im übrigen zeigt die Dura der Basis in der mittleren und hinteren Schädelgrube frische Bluthäutchen. Die Pia der Basis zart, in der Fossa Sylvii leicht getrübt; Pia der Konvexität in den vorderen zwei Dritteln stark milchig getrübt, im ganzen mässig verdickt, stellenweise nur mit Substanzverlust des Gehirns abzuziehen.

Dilatation der Seitenventrikel; in denselben reichlich seröse Flüssigkeit, Verdickung des Ependym, Granulation desselben im vierten Ventrikel. Balken etwas atrophisch; Rinde des Stirnhirns in mässigem Grade verschmälert. Weisse Substanz der Hemisphären von etwas härterer Konsistenz als gewöhnlich. Hirngewicht 1330 gr.

Fall VI. Wagenschreiber N., geboren den 22. November 1849, aufgenommen den 23. September 1893.

Eltern sind tot. Hereditäre Belastung und Syphilis ist nicht nachgewiesen. Patient fiel 1890 und zog sich dabei eine Verletzung der Stirn zu.

Im Mai 93 fing er an, sehr unruhig, vergesslich und gereizt zu sein; er litt öfter an Wahnvorstellungen, drohte mit Selbstmord und wurde gegen seine Familie thätlich. Sein Gang wurde schleppend, seine Handschrift zittrig, und er äusserte Grössenideen.

Bei seiner Aufnahme ist die rechte Gesichtshälfte leicht paretisch, die rechte Pupille grösser als links; Reflexe sind schwer auszulösen, Tremor der Hände vorhanden; er schwankt bei geschlossenen Augen; der Gang ist ataktisch.

Es entwickeln sich allmählich immer sinnlosere Grössenideen; er will das eiserne Kreuz I. Kl. besitzen, mit 12 Gespannen eine Reise machen, sei Rentner und habe 14 Millionen im Vermögen.

Vom April 1894 an treten Schwindel- und Krampfanfälle auf; er wird unrein und ist meist sehr unruhig. Am 30. März 1895 stirbt er an Pneumonie.

Bei der Sektion fliesst bei der Herausnahme des Gehirns eine reichliche Menge etwas trüber, seröser Flüssigkeit ab. Die Sinus der Basis enthalten dunkles, geronnenes und flüssiges Blut. Hirngewicht 1290. Pia der Basis über den

Fossae Sylvii milchig getrübt, sehr stark injiziert. Pia der Konvexität gleichmässig mit Ausnahme des hintersten Teiles des Hinterhirns milchigweiss getrübt, stark durchtränkt, injiziert, verdickt, lässt sich stellenweise nur mit Substanzverlust abziehen. In den Seitenventrikeln eine reichliche Menge seröser Flüssigkeit; dieselben sind dilatiert. Ependym leicht körnig, ebenso das des 3. und 4. Ventrikels. Rinde grau-rosa; an den Stirnwindungen etwas verschmälert.

Fall VII. Tischlermeister T., geboren den 12. November 1847, aufgenommen den 21. November 1894.

Hereditäre Belastung nicht nachweisbar.

Die Eltern sind tot; er selbst ist verheiratet, hat 6 Kinder erzeugt, von denen eins tot ist; 2 Knaben und 3 Mädchen im Alter von 25 bis 9 Jahren leben und sind gesund.

Er ist in geregelten ordentlichen Verhältnissen auferzogen; syphilitisch infiziert will er sich nie haben.

Nach den Angaben seiner Ehefrau und eines ihm nahestehenden Tischlers ist er bis zum Unfall an Körper und Geist völlig gesund gewesen. Bei der Ortskrankenkasse war er lange Jahre hindurch Rendant und hatte bis in die letzte Zeit viel mit schriftlichen Arbeiten zu thun; er ist vollkommen klar gewesen und war nie krank. Nach den Aussagen eines Buchhalters, der ihn $4^1/_2$ Jahre kannte, ist er nie dem Trunke ergeben gewesen: ebenso erklärte ihn die Ortspolizei für einen fleissigen, nüchternen, strebsamen Menschen.

Am 24. Oktober 94 fiel dem T. ein ungefähr 15 Pfund schweres Kolli Stäbe auf die Schultern und einige Tage darauf ein ebensolches auf den Kopf, nach dem, wie er angab, sich grosse Hitze im Kopf und starke Kopfschmerzen einstellten.

Wenige Tage darauf begann er sehr erregt zu werden, wurde aggressiv, ja gemeingefährlich; so wollte er in einem Anfalle von Angst und Verfolgungswahn sein Haus in Brand stecken.

Bei seiner Aufnahme findet sich auf dem Hinterkopf links von der Scheitellinie eine weissliche, lineare Narbe, die nicht mit dem Schädel verwachsen und auf Druck nicht schmerzhaft ist, über die er jedoch keine Auskunft geben kann. Auf der Mitte des Scheitels ist eine Stelle beim Beklopfen schmerzhaft. Hier, giebt T. zu wiederholten Malen an, sei ihm das Kolli auf den Kopf gefallen. Die Pupillen sind eng, reagieren träge, besonders die linke; Sprache zeigt deutliche Artikulationsstörungen. Am Penis keine Narbe zu finden, Leistendrüsen nicht vergrössert; keine sonstigen Anzeichen von Lues.

Er schwatzt sehr viel, hält sich für ganz gesund, will allerlei Einkäufe machen. Bis Anfang Dezember nehmen die Grössenideen zu; er will Theater aufführen, singt, muss in Frankfurt grosse Einkäufe machen, will sich verheiraten, Pascha werden, Häuser bauen. Im Laufe des Dezember wird er in allem seinem Thun sehr heftig; hat nirgends Ruhe, drängt fortwährend weg, schlägt öfters Fensterscheiben entzwei, zerreisst Kleider und Bettzeug, ist geschlechtlich sehr erregt.

Seit Anfang 1895 wechselt seine Stimmung ausserordentlich plötzlich und häufig; bald weint er, bald wieder ist er euphorisch, will plötzlich 5 Zentner wiegen.

Am 20. Juni bekommt er einen Schwindelanfall, nach dem er in auffälliger Weise vergesslich und zerstreut wird; er kann sich eine Zeit lang nicht allein anziehen.

Nach einem ruhigeren Stadium im August wird er tobsüchtig, lärmt fast jede Nacht, zerreisst Bettdecke und Strohsack. Dabei ist er unreinlich. Zwischendurch äussert er schwachsinnige Grössenideen.

Am 17. V. und 7. IX. 96 hat er je einen epileptischen Anfall. Bei meinem Besuche am 6. X. 96 sind seine Pupillen sehr verengt, die Zunge wird zitternd herausgestreckt und weicht nach rechts ab. Kniereflexe sehr gesteigert. Fussklonus. Sehr starkes Zittern in den Händen und in dem rechten Arm; er behauptet, keinen Magen mehr zu haben, hat 80 Gasthäuser, giebt sein Ge-

burtsjahr falsch auf 1856 an, schreibt das Jahr 1895, sagt, er sei jetzt ganz gesund.

Fall VIII. Weber L., geboren d. 4. August 1855, aufgenommen den 5. Februar 1896.

Vater tot, Mutter wieder verheiratet. Hereditäre Belastung anscheinend nicht vorhanden; er ist verheiratet, hat 2 Kinder gezeugt, die leben.

Er entwickelte sich in der Kindheit normal. Nach eingezogenen Erkundigungen soll er ein fleissiger, dem Trunke nicht ergebener Arbeiter gewesen sein; ist in den letzten Jahren nie krank gewesen; er selbst behauptet, nie an einer Geschlechtskrankheit gelitten zu haben. Dagegen hat er in den letzten Jahren Geldverluste gehabt, hat wiederholt durch unglückliche Zufälle seine Stellung verloren; dazu kamen durch eine langwierige Krankheit seiner Frau viel Sorgen und Kummer. Er war von jeher ein leicht erregbarer, nervöser Mensch. Ende Juli 95 fiel dem L. in einer Leinenfabrik ein 300 g schwerer Webschülze, der auf das Putzbrett herausgeschleudert wurde, von diesem herab mit der Spitze auf den Kopf, als er gerade kniete; die Wunde blutete stark; L. wurde aber nicht ohnmächtig, und liess sich die Wunde im Komptoir verbinden. Schon nach wenigen Tagen trat Summen im Kopfe, Angstgefühl und Beklommenheit ein; nach einigen Monaten Ziehen in den Gesichts- und Gaumenmuskeln, Gedächtnisschwäche, Verwirrtheit. So z. B. machte er die ihm zum Weben aufgetragene Waare öfter zu lang oder zu kurz. Es gesellten sich Appetitlosigkeit, Reizbarkeit und Schlaflosigkeit dazu. Anfang 96 wurde er gewaltthätig; es entwickelten sich Grössenideen. So kaufte er z. B. im Uebermass Sachen zusammen.

Bei seiner Aufnahme ist er schlecht genährt. Pupillen sind ungleich, linke Gesichtshälfte hängt etwas herab. Sprache unsicher, häsitierend; Schrift zittrig, Tremor der Hände: er schlägt auf seine Umgebung, ist in der nächsten Zeit hochgradig erregt und produziert die unglaublichsten Grössenideen; ist Palastdirektor, hat 80 000 M., will 20 000 mechanische Stühle aufstellen, spricht von Milliarden, hat

ein ganzes Zimmer voller Goldstücke, will täglich mehrere Flaschen Wein trinken u. s. w.

Mit der Zeit hebt sich sein Körpergewicht; er wird ruhiger, schläft besser. Am 9. Juli ist er so weit gebessert, dass er vorläufig entlassen und seiner Frau unter zeitweiliger Beobachtung übergeben werden kann.

Bei meinem Besuch am 7. X. 96 sind die Pupillen etwas eng und reagieren träge; der Patellarreflex ist sehr gesteigert; Schwanken bei geschlossenen Augen tritt nicht ein. Die Sprache ist häsitierend. Auf dem Kopfe keine Narbe und keine Schmerzempfindlichkeit.

An den Genitalien keine Narbe; auch sonst keine Anzeichen für Lues.

Er macht den Eindruck eines beschränkten Menschen. Er ist euphorischer Stimmung und imstande, sich bei leichten Arbeiten nützlich zu machen.

Betrachtet man die vorliegenden Fälle, so ist zunächst darauf hinzuweisen, dass über Fall 1. 2. 5. 7. und 8. eine ziemlich genaue Anamnese vorhanden ist, die teils infolge eingehender Verhandlungen wegen Unfallsvergütung, teils durch andere Nachforschungen entstanden ist, dagegen war es bei den übrigen 3 Fällen nicht möglich, über sämtliche ätiologische Momente einen Aufschluss zu erhalten.

Das Alter bei der Aufnahme belief sich, im Mittel, auf 39 Jahr 8 Monate, ist also etwas niedriger, als das Mittel, welches für die Paralyse im allgemeinen gefunden wird. Zieht man hiervon noch die Fälle, in denen sich tabische Symptome bei der Aufnahme zeigten, ab, so sinkt das Durchschnittsjahr sogar auf 38 Jahr 1 Monat. Allerdings kann diese Zahl nicht viel besagen, da es eine zu kleine Anzahl von Fällen ist, und sie daher nicht massgebend ist.

Auffällig ist aber, dass die Durchschnittsziffer für die Zeit von dem erlittenen Trauma bis zur Aufnahme nur 1 Jahr 2 Monate beträgt; bei Fall 2 und 7 beträgt die Zwischenzeit sogar nur 1 resp. 2 Monate. Die Dauer der 6 Fälle, welche bisher zum Exitus letalis gekommen sind, beläuft sich auf 2 Jahr 5 Monate. Der Verlauf der Krank-

heit hat meistens die Form der expansiven Paralyse, in die sich bisweilen ein depressives Stadium einfügt; dagegen ist nur einmal eine demente Form zu verzeichnen.

Schwindel- und Krampfanfälle sind häufig, in einem Falle beherrschen sie geradezu das Krankheitsbild. In fünf Fällen sind Remissionen vorhanden, die sich jedoch nie über ein Jahr ausdehnen.

Schon im Anfang der Arbeit erwähnte ich, dass die Ansichten darüber, inwieweit das Trauma für die Entstehung der Paralyse verantwortlich gemacht werden darf, sehr verschieden sind. Ebenso verhält es sich mit der Beurteilung der anderen ätiologischen Momente.

Ehe ich daher zur Betrachtung der aus den vorliegenden Fällen sich ergebenden Tabelle komme, muss ich auf diese etwas näher eingehen; ausser dem Trauma sind als ätiologische Momente noch direkte Heredität, allgemeine neuropathische Belastung, Excesse in venere et Baccho, Strapazen und psychische Ursachen hervorgehoben worden. Hierzu kommt als ein ganz besonders strittiger Punkt die Lues.

Es machen sich hier, natürlich bei vielfachen Zwischenstufen zwei extreme Standpunkte geltend.

Während die einen der Syphilis keine oder nur eine sehr geringe Bedeutung für die Entstehung der progressiven Paralyse zuerkennen, ja einige von ihnen behaupten, dass der paralytische Krankheitsprozess unbestritten als die Folgeerscheinung einer funktionellen Ueberanstrengung des Centralnervensystems und dabei in erster Linie der Grosshirnrinde betrachtet werden müsse, betrachten die anderen die Syphilis als die eigentliche und wahre Ursache der Krankheit. Einige von diesen stellen direkt den Satz auf, dass niemand an Paralyse oder der ihr verwandten Tabes erkranken kann, der nicht syphilitisch infiziert gewesen ist.

Beide Ansichten stützen sich auf schwerwiegende Gründe.

Für die erste Ansicht spricht namentlich der grosse Prozentsatz der Syphilis.

So findet Lojackono 10,2 %;
Käs 24,5 „
Reinhard 26,2 „
Ziehen 30—46 „
Jakobsen 32 „
Gudden 34 „
Minow 50—57 „
Wollenberg 50,8 „
Idanow 58 „
Mendel 75 „
und Herzberg sogar 75,8—86,9 „

Rieger stellt 11 Arbeiten zusammen und erhält daraus 40%; Idanow bekommt aus 221 Arbeiten 68% als Resultat. Ich selbst habe 38 der neueren Arbeiten zusammengestellt und habe 49,5% gefunden.

Man sieht, wie verschieden die Resultate sind. Das erklärt sich jedoch daraus, dass eine Anzahl Autoren nur den Prozentgehalt der sicher eruierten Fälle angaben, andere hingegen wieder die Fälle von wahrscheinlich früher stattgehabter Infektion dazurechnen.

Jedenfalls aber bilden die oben genannten Zahlen nur die unteren Grenzwerte, da eben Aufschlüsse über das Vorleben der Kranken sehr oft vollständig fehlen, oder die Infektion eine so leichte gewesen ist, dass sie weder vom Patienten bemerkt worden ist, noch irgendwelche erkennbaren Spuren zurückgelassen hat. Und darauf stützt sich diese Ansicht, da allgemein bekannt gerade leichte Fälle von Syphilis später zu Paralyse prädisponieren.

Hierzu kommt, dass die Frauen der besser situierten Klassen selten an Paralyse erkranken, da die Männer dieser Klassen inbezug auf eine geschlechtliche Infektion bei einer etwaigen Verheiratung vorsichtiger und skrupulöser sind.

Dagegen stellen die Männer dieser Klassen einen sehr grossen Prozentsatz; die Ursache für diese Erscheinung liegt wahrscheinlich darin, dass die modernen Verhältnisse dem gebildeten jungen Mann erst im reiferen Alter die Heirat ermöglichen, und ihn nicht selten zur Befriedigung

seiner Geschlechtstriebe den Prostituierten in die Arme treiben, während der einfache Bürgersmann einerseits früh heiratet, andererseits durch Anknüpfung von Verhältnissen mit Dienstmädchen u. s. w. seltener sich geschlechtlich infiziert.

Im Gegensatz zu letzteren steigt dagegen der Prozentsatz der Paralyse erheblich bei den Fabrikarbeitern, die bei dem schrankenloseren Geschlechtsverkehr, der in ihren Kreisen herrscht, viel eher der Infektion ausgesetzt sind.

So stellt z. B. in neuerer Zeit in der Landirrenanstalt zu Sorau i. L. die Fabrikbevölkerung der umliegenden Städte Kottbus, Sommerfeld, Forst ein grosses Kontingent; von allen Irrsinnsfällen, die eingeliefert werden, sind 38,6% Paralytiker.

Ein weiterer Grund, der für die Wirkung der Syphilis als ätiologisches Moment spricht, ist die Seltenheit der Paralyse unter dem geistlichen Stand. Bonchaud fand in drei Anstalten in Frankreich unter 284 Irreseinsfällen bei Geistlichen nur 7, also 2,4% Paralytiker, während sonst in Frankreich schon auf 3,6 Irreseinsfalle eine Paralyse gezählt wird; ja in einer Anstalt in Jork-Retreat kommen während 83 Jahren unter den zahlreichen geisteskranken Quäkern nur drei Paralysen nach Makdowalls vor.

Dagegen führt die andere Gruppe der Autoren ins Feld, dass die Syphilis allgemein so verbreitet ist, dass man sich nicht wundern darf, sie, wie überall, so auch sehr häufig bei der Dementia paralytica anzutreffen. Freilich bleiben die Prozentzahlen, in denen bei Nichtparalytischen Syphilis gefunden wurde, doch noch ziemlich weit hinter den bei Paralytischen gefundenen Durchschnittsziffern zurück. Jedenfalls aber steht ausser Zweifel, dass bei einer Anzahl von klassischen Paralysen eine voraufgegangene luetische Intektion nicht nur nicht nachzuweisen, sondern mit völliger Sicherheit auszuschliessen ist.

Ausserdem ist bisher die antiluetische Behandlung fast stets ohne Erfolg geblieben, oft sogar bewirkt sie geradezu eine Verschlimmerung.

Gegen letzteren Punkt kann man allerdings einwenden, dass wie Kräpelin es ausführlich in seinem 1896 erschienenen Werke „Psychiatrie“ auseinandersetzt, die Syphilis vielleicht imstande ist, auf irgend eine Weise eine schwere Stoffwechselerkrankung zu erzeugen, die nichts mehr mit der Syphilis zu thun hat und ihrerseits ein Gift erzeugt, welches man als die letzte Ursache der paralytischen Veränderungen anzusehen hat.

Auch bei den in vorliegender Arbeit verwerteten Fällen findet sich nicht ein einziges Mal mit Sicherheit stattgehabte Infektion.

Folgende Tabelle möge zur leichteren Uebersicht dienen.

Alter	Krankheit u. s. w.	Heridit. Belastg.	Potus	Lues	Sorge u. Kummer
32	Typhus	—	wahrscheinlich	keine, jedoch beim Militär liederlich	starker Kummer
40	Typhus	—	etwas	—	—
35½	Gelenkrheumatismus	—	—	—	—
46	Feldzug	—	—	—	—
33½	—	—	—	wahrscheinlich	—
43⅔	—	—	ungewiss	—	—
47	—	—	—	—	—
40½	—	—	—	—	Sorgen

Nur einmal also liegt Syphilis wahrscheinlich vor, da das Sarsaparillendekokt getrunken wurde; ein anderes Mal ist sie möglich, nach dem Vorleben des Patienten während seiner Dienstzeit zu urteilen; in den 6 übrigbleibenden Fällen ist die Anamnese in 3 Fällen unzuverlässig, in 3 Fällen ist Lues auszuschliessen.

Auch Potus ist nur in einem Falle zuzugeben, wird jedoch vermutlich noch in mehreren Fällen vorhanden sein. Kummer und Sorge sind in je einem Falle vorhanden; zwei hatten früher Typhus überstanden, einer hat den Feldzug mitgemacht. Es ist also bei den meisten

Fällen dem Trauma der erste Platz als ätiologisches Moment einzuräumen, ja anscheinend hat es einzig und allein die Paralyse verursacht.

Man muss jedoch mit letzterer Annahme bei einigen Fällen sehr vorsichtig sein, da in einer derselben schon bei der Aufnahme tabische Symptome vorhanden waren, deren Entstehen doch unmöglich das vorliegende Schädel-Trauma allein verursachen kann. Ebenso sind schon drei bei der Aufnahme unrein, befinden sich also bereits in einem weit vorgerückten Stadium, so dass man zu der Annahme berechtigt ist, dass die Paralyse schon vor dem Trauma bestanden haben kann, da der Zeitraum zwischen dem erworbenen Trauma und der Aufnahme ein verhältnismässig kleiner ist.

Dass aber die Verletzung den Anstoss zur Krankheit gab oder dieselbe wesentlich beschleunigte, scheint ausser Zweifel zu sein; das lehrt das jüngere Alter, der meist rapide Verlauf und schliesslich der baldige Anschluss an die Schädelverletzung. Es ist dies umsomehr zu betonen als man wohl bei gerichtsärztlicher Begutachtung, oder bei der Begutachtung solcher Fälle zwecks Erlangung einer Invalidenrente auch bei vorhandener Lues und Potus der Kopfverletzung einen Anteil der Verschuldung zum Ausbruch der Paralyse zuschreiben muss.

Bei Fall 7 und 8 kann man noch einen Schritt weitergehen.

Schon nach einem, resp. zwei und 8 Monaten nach der Kopfverletzung ist die Paralyse entwickelt, ohne dass erhebliche andere ätiologische Momente nachweisbar sind; weiter finden sich bei ihnen keine Tabessymptome und es ist keine Unreinlichkeit vorhanden, die auf ein schon fortgeschrittenes Stadium deuten würde.

Hier also steht man vor der Thatsache, dass die Kopfverletzung aller Wahrscheinlichkeit nach die alleinige Ursache der Erkrankung gewesen ist.

Fasst man diese Betrachtungen kurz zusammen, so lassen sich folgende Sätze daraufhin aufstellen:

1. Das Trauma hat im wesentlichen eine auslösende oder, wenn die Krankheit erst Jahre darauf ausbricht, eine prädisponierende Wirkung, während meistens noch ein paar andere Belastungsmomente, seien sie angeboren oder erworben, vorhanden sind; von diesen kommt der Syphilis unstreitig eine bedeutende Wirkung zu; sie braucht aber keineswegs immer vorhanden zu sein, wie sich unter anderen aus den mitgeteilten Fällen ergiebt.

2. Das Trauma bedingt oft einen früheren Ausbruch der Krankheit und beschleunigt den Verlauf derselben.

3. Es ist wahrscheinlich, dass in seltenen Fällen das Trauma allein eine progressive Paralyse der Irren nach sich gezogen hat.

Zum Schlusse erfülle ich die angenhme Pflicht, dem Direktor der Provinzial-Landirren-Anstalt zu Sorau N/L., Herrn Dr. Schmidt, für die gütige Ueberlassung der Fälle, sowie Herrn Dr. Kluge, ebendaselbst, für die Anregung zu dieser Arbeit, und Herrn Geheimrat Prof. Dr. Jolly für die liebenswürdige Durchsicht derselben meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Litteratur.

1. Zur Aetiologie der allgemeinen, fortschreitenden Paralyse. Von Sanitätsrat Dr. Oebeke in Bonn. Zeitschrift für Psychiatrie Band 49.

2. Beiträge zur Aetiologie der allg. Paralyse nebst einleitenden allgemeinen statistischen Bemerkungen. Von Theodor Käs in Hamburg. Zeitschrift für Psych. B. 49.

3. Aetiologisches und Symptomatologisches zur Lehre von der progr. Paralyse der Frauen. Westphal-Mehlhausen. — Charité-Annalen XVIII.

4. Beitrag zur Aetiolg. der allg. progr. Paralyse der Irren, mit besonderer Berücksichtigung des Einflusses des Syphilis Reinhard. — Zeitschr. für Psych. B. 41.

5. Zur Kenntnis der Dem. paralytika Dr. Eickholt. — Zeitschr. für Psych. B. 41.

6. Zur Aetiologie und Symptomatologie der progr. Paralyse mit besonderer Berücksichtigung des Traumas und der im jugendlichen Alter vorkommenden Fälle von Paralyse. Dr. Hans Gudden — Archiv für Psych. 26.

7. Statistisches und Klinisches zur Kenntnis der paralytischen Geistesstörung beim weiblichen Geschlecht. D. R. Wollenberg — Archiv für Psych. 26.

8. Statistisch kasuistische Mitteilungen zur Kenntnis der progr. Paralyse. Dr. E. Kundt — Zeitschr. für Psych. B. 50.

9. Beiträge zur Kenntnis der Aetiologie der progr. Paralyse mit besonderer Berücksichtigung der Syphilis. Dr. Hougberg. Zeitschr. für Psych. B. 50.

10. Ueber die durch Gehirnerschütterung und Kopfverletzung hervorgerufenen psychischen Krankheiten, eine klinisch-forensische Studie. Dr. R. v. Krafft-Elbing.

11. Die progr. Paralyse der Irren, eine Monographie — Dr. E. Mendel.

12. Virchows Jahresberichte XVIII. Jahrgang — 1883 bis XXX. Jahrgang — 1896.

13. Ueber das Verhältnis der Dementia paral. zur Syphilis. Dr. Suell — Zeitschr. für Psych. B. 39.

14. Ueber die Beziehungen der progr. Paralyse zur Syphilis. Dr. Max Goldstein — Zeitschr. für Psych. B. 42.

15. Dementia paralytica und Lues. Dr. O. Dietz — Zeitschr. für Psych. B. 43.

16. Beitrag zur Kenntnis des Verlaufs und der Aetiologie der allg. Paralyse. Dr. med. Ascher — Zeitschr. für Psych. B. 46.

17. Ueber die durch Einwirkung äusserer Gewalt auf den Schädel entstehenden Verletzungen und Erkrankungen des Gehirns und seiner Häute. Dr. Moritz — Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin B. 3 und 4. (1892.)

18. Psychiatrie. Dr. Emil Kraepelin (1896).

19. Die Geistesstörungen nach Kopfverletzungen unter besonderer Berücksichtigung ihrer gerichtsärztlichen Beurteilung. Dr. Paul Gude.

Thesen.

I.

Perverse sexuelle Empfindungen sind kein Beweis für das Bestehen einer Seelenstörung, jedoch oft eine Begleiterscheinung derselben.

II.

Die lokale Karbolinjektion bei Scharlachdiphtheroid sollte in jedem Falle angewandt werden.

III.

Bei Wanderniere ist vor Ausführung der Nephroraphie ein langjähriger Versuch mit Bandagenbehandlung zu machen.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Paul Oskar Erich Thiele, evangelischer Konfession, Sohn des Kaufmanns Heinrich Thiele zu Sorau, Niederlausitz, wurde am 6. Mai 1873 daselbst geboren. Seine wissenschaftliche Vorbildung erhielt er auf dem Königlichen Gymnasium zu Sorau N./L., welches er am 8. März 1893 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Am 29. März desselben Jahres wurde er in die Kaiser-Wilhelms-Akademie zu Berlin aufgenommen. Vom 1. April bis 30. September 1893 genügte er seiner Militärpflicht mit der Waffe als Einjährig-Freiwilliger bei der 5. Komp. Garde-Füsilier-Regiments. Am 4. Mai 1895 bestand er die ärztliche Vorprüfung, am 31. Januar 1897 das Tentamen medicum und am 5. Februar 1897 das Examen rigorosum.

Er besuchte während seiner bisherigen Studienzeit die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren:

v. Bergmann, Blasius, Dilthey, Du Bois-Reymond (†), Engler, Ewald, Fischer, B. Fränkel, Fritsch, Gerhardt, Goldscheider, Gurlt, Gusserow, Grawitz, Hertwig, Israel, Jolly, R. Köhler, König, Köppen, Kundt (†), v. Leiden, G. Lewin, Liebreich, Olshausen, Oppenheim, Rubner, Salkowski, Schulze, Schweigger, Schwendener, Strassmann, Thierfelder, R. Virchow, Waldeyer.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht Verfasser seinen ehrebietigsten Dank aus.